

АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Выполнил студент 1 медицинского факультета
4 курса группы 172 В
Ходов Н.А.

Принципы ведения родов

- Оценить факторы и степень риска беременной накануне родов
- Осуществить выбор стационара для родоразрешения
- Внимательное отношение персонала и поддержка женщины во время и после родов
- Выбрать адекватный метод родоразрешения
- Осуществлять мониторинг в родах за состоянием матери и плода
- Ведение партограммы
- Обезболивание родов
- Бережное оказание пособия в родах
- Профилактика гипоксии плода и кровотечения в родах
- Обязательное присутствие неонатолога при рождении ребенка
- Раннее прикладывание ребенка к груди матери, подготовка к приему ребенка (раскрытие родового комплекта, согревание пеленального стола, детского белья и др.)

Стандарт акушерской помощи и при нормальных родах


- сбор анамнеза;
- осмотр па педикулез;
- стрижка ногтей;
- гигиенический душ;
- измерение температуры тела, массы и длины тела, АД на обеих руках;
- подсчёт пульса;
- общее обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварительной и мочевыделительной систем;
- осмотр молочных желез; измерение наружных размеров таза; наружное и влагалищное акушерское исследование;
- аускультация сердцебиения плода (кардиотокограмма при наличии и возможности);
- определение группы крови и Rh-фактора;
- определение уровня гемоглобина;
- кипячение мочи или анализ мочи на белок;
- гемостазиограмма (при отсутствии возможности - протромбиновый индекс, время свертывания и кровотечения, число тромбоцитов);
- анализ крови на RW, ВИЧ;
- при наличии возможности - анализ крови на HBS Ag и антитела к вирусу гепатита С и ультразвуковое исследование матки и плода.



ВЕДЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

Принципы ведения I периода родов:

- контроль за динамикой родовой деятельности,
- профилактика аномалий родовых сил,
- функциональная оценка таза: признаки Вастена, Цангемейстера, Gilles-Muller.
- Профилактика гипоксии плода: внутривенное капельное введение 500-1000 мл 5% раствора глюкозы, ингаляция кислорода, кардиомониторное наблюдение.

- 
- Наружное акушерское исследование в периоде раскрытия
 - производят систематически.

 - Определяются:
 - форма матки и ее консистенция во время и вне схватки, высота стояния дна матки, состояние контракционного кольца (по мере раскрытия шейки матки поднимается вверх; о высоте стояния судят о степени раскрытия).
 - частота, продолжительность, сила схваток : определяется рукой, расположенной на области дна матки, а степень ее расслабления посредством пальпации. Эффективность оценивается по степени (темпу) раскрытия шейки матки при влагалищном исследовании.
 - положение, позицию, вид и предлежание плода и отношение предлежащей части ко входу в малый таз.

Показания к влагалищному исследованию

- Начало родовой деятельности.
- Каждые 6 ч для оценки акушерской ситуации.
- Излитие околоплодных вод.
- Дистресс плода.
- Для проведения амниотомии.
- Перед введением наркотических анальгетиков.
- Перед предстоящей операцией.
- При многоплодной беременности после рождения первого плода.
- Кровотечение в родах (при развернутой операционной).
- Подозрение на слабость и дискоординацию родовой деятельности.
- Подозрение на неправильное вставление предлежащей части.

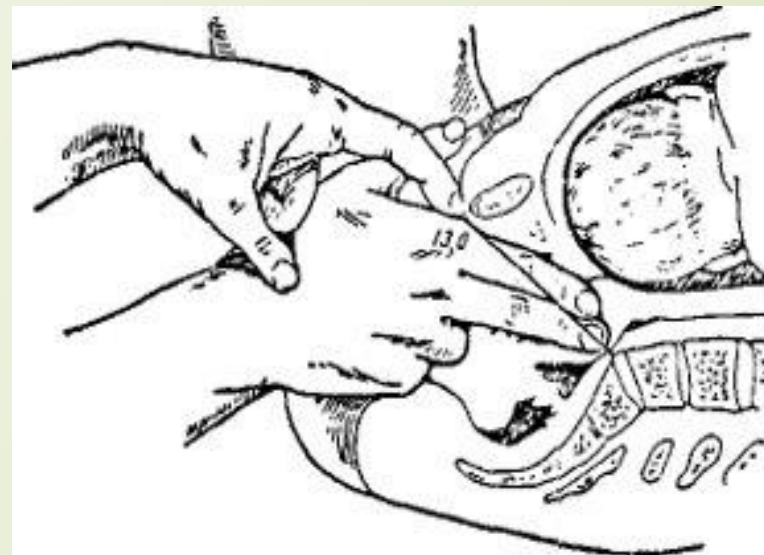
Определяемые параметры при влагалищном исследовании

1. Состояние наружных половых органов и влагалища (перегородки, рубцы, стенозы, варикозное расширение вен).
2. Степень укорочения шейки матки или открытия маточного зева.
3. Консистенция (степень размягчения, ригидность) шейки матки или краев маточного зева.
4. Состояние плодного пузыря.
5. Предлежащая часть и ее отношение к плоскостям малого таза.
6. Опознавательные точки предлежащей части плода.
7. Размер диагональной конъюгаты.
8. Особенности таза (экзостозы, опухоли, деформации).
9. Характер и количество выделений из половых путей.

Влагалищное исследование производится двумя пальцами - указательным и средним.

Безымянный палец и мизинец согнуты и прижаты к ладони, а большой палец разогнут и максимально отведен в сторону. Другой рукой акушер широко раздвигает большие и малые половые губы, обнажая преддверие влагалища.

Сначала во влагалище вводят средний палец, надавливают им на заднюю стенку влагалища, а затем вводят указательный палец.



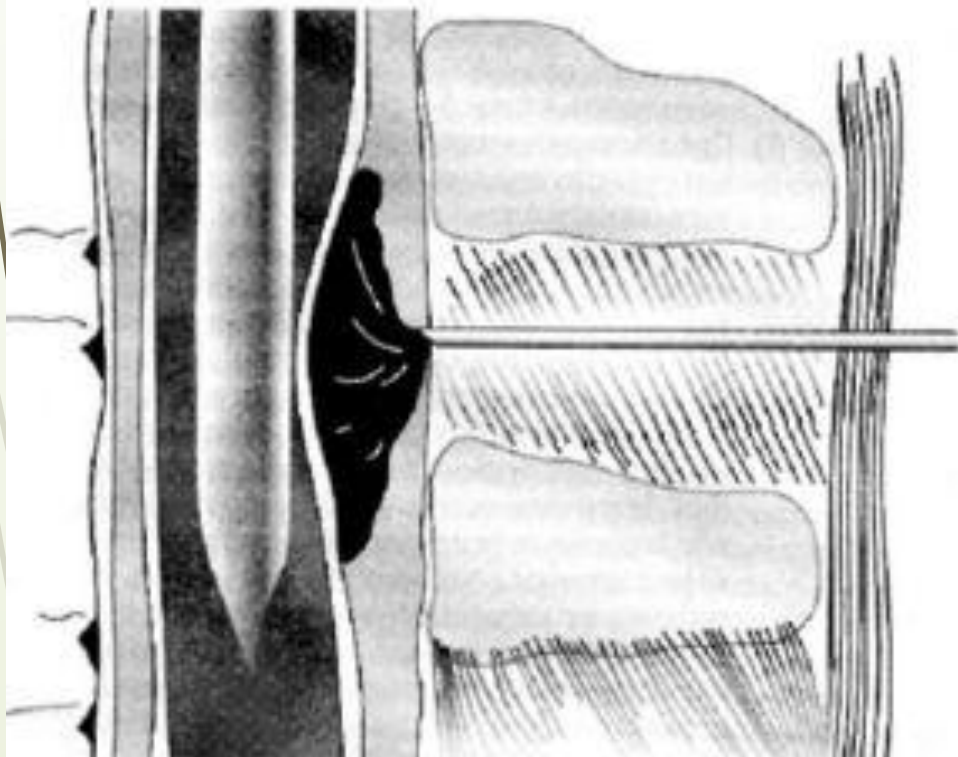
Показания к амниотомии

- В конце I периода при открытии акушерского зева на 7 см и более.
- Плоский плодный пузырь (вследствие маловодия, неполного предлежания плаценты).
- Многоводие.
- Неполное предлежание плаценты (только при развитии регулярной родовой деятельности!).
- Гипертензионный синдром, нефропатия или патология сердечно-сосудистой системы.
- Плановая амниотомия при тенденции к перенашиванию и других показаниях для «программированных» родов.

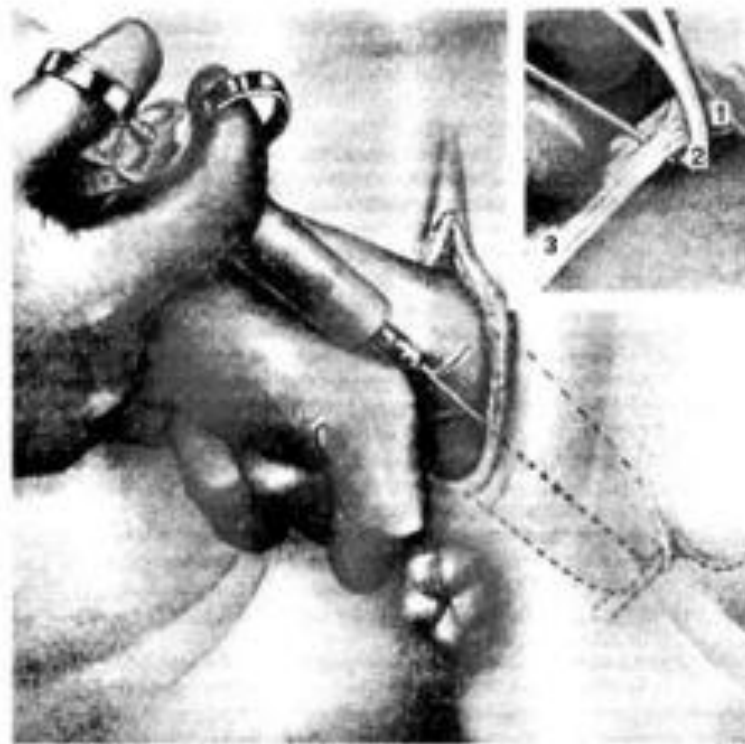
¹ Проведение влагалищного исследования может вызвать гипертонус матки вследствие эффекта Фергюсона - повышения выработки окситоцина гипофизом в ответ на растяжение шейки матки и верхней трети влагалища.

Обезболивание в родах

Эпидуральная анестезия



Пудендальная анестезия



1. Эпидуральная анестезия в родах (LII-LIV).

Местные анестетики S. Marcaini 30 mg или S. Lidocaini 60 mg вводятся в эпидуральное пространство в болюсном или перманентном режиме до достижения эффекта обезболивания. Продолжительность действия анестетиков при болюсном введении 1,5-2 ч.

2. Наркотические анальгетики: Meperidine (Demerol) - в ряде случаев усиливает родовую деятельность; Promedolum - дает более выраженный спазмолитический эффект; Phentanylum - дает наиболее выраженный анальгетический эффект.

3. Ингаляционная аналгезия (закись азота и кислород в соотношении 1:1).

4. Пудендальная анестезия (см. рис. 36). В проекцию обоих седалищных бугров вводится по 10 мл 1% раствора лидокаина (или 0,5% раствора новокаина).

ВЕДЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ

- В периоде изгнания проводят постоянное наблюдение за общим состоянием роженицы, плода и родовыми путями. После каждой потуги обязательно выслушивают сердцебиение плода, так как в этот период чаще возникает острая гипоксия и может наступить внутриутробная гибель плода.
- Разрешить женщине тужиться можно только при головке плода, находящейся на тазовом дне (ранние потуги при высоко расположенной головке опасны внутричерепной и спинномозговой травмой для плода).



наружные методы определения расположения головки в полости таза.

1. Прием **Пискачека** - давление II и III пальцами по краю большой половой губы, параллельно стенкам влагалища.
2. Прием **Гентера** - давление вне схватки пальцами, расположенными вокруг ануса.



Принципы ведения II периода

родов:

- контроль динамики продвижения головки в полости малого таза;
- профилактика гипоксии плода;
- профилактика кровотечения, возможного в III и раннем послеродовом периоде¹;
- профилактика травматизма матери и плода (эпизиотомия или перинеотомия², изменение положения роженицы и угла наклона таза).

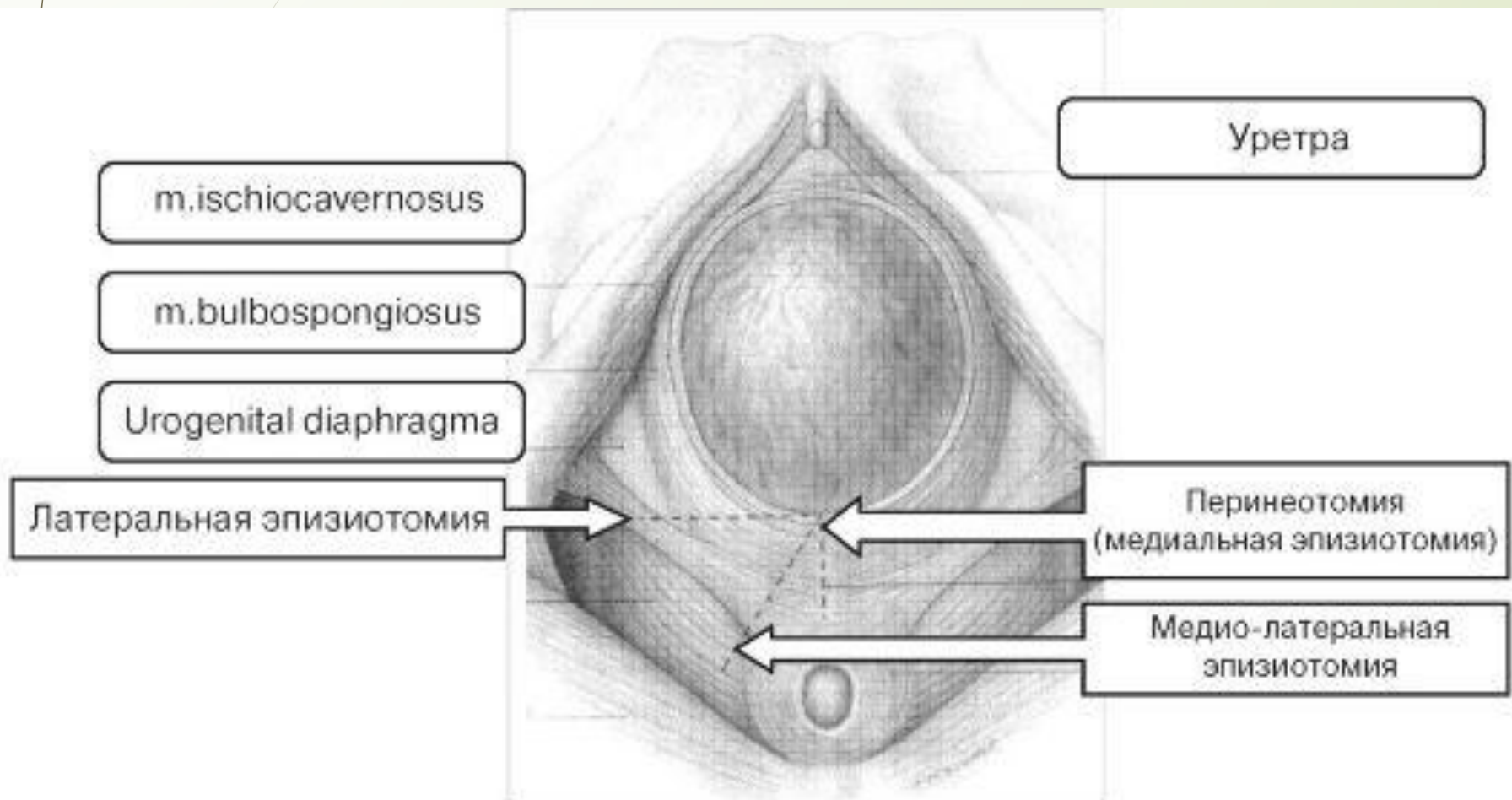


□ Показания к эпизиотомии и перинеотомии

□ Со стороны плода:

- • острая гипоксия или обострение хронической гипоксии;
- • дистоция плечиков;
- • тазовые предлежания;
- • недоношенность.


Варианты эпизиотомии



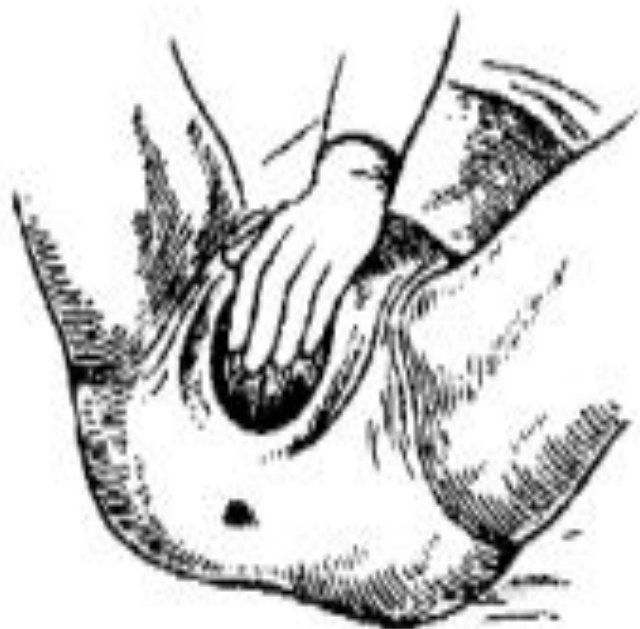
Моменты акушерского пособия при головном предлежании

Моменты акушерского пособия при головном предлежании

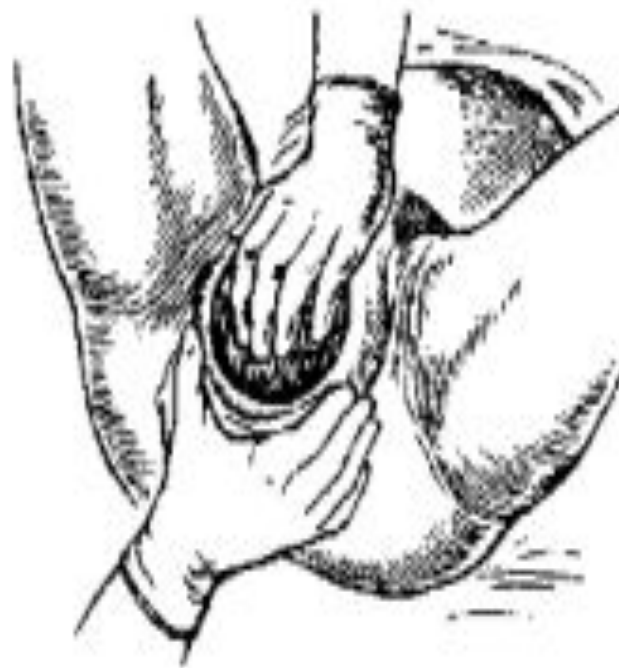
- 1. Препятствие преждевременному разгибанию головки (рис. 38). Согнутая головка прорезывается наименьшим размером, меньше растягивая промежность. Головку удерживают ладонной поверхностью четырех согнутых пальцев (но не концами пальцев!). Насильственное чрезмерное сгибание головки может привести к травме шейного отдела позвоночника.*
- 2. Выведение головки из половой щели вне потуг. Над прорезывающейся головкой бережно растягивают вульварное кольцо большим и указательным пальцами правой руки.*

- 
- **3. Уменьшение напряжения промежности** (см. рис. 38). Достигается заимствованием тканей из соседних областей (область больших половых губ) большим и указательным пальцами, расположенными на промежности.
 - **4. Регулирование потуг.** При установлении подзатылочной ямки под лоном роженице предлагают часто и глубоко дышать ртом. Правой рукой сдвигают промежность со лба, а левой - разгибают головку, предлагая роженице тужиться.
 - **5. Освобождение плечевого пояса и рождение туловища.** После рождения головки роженица должна потужиться. При этом происходит наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков. Обычно рождение плечиков происходит самопроизвольно. Если это не случилось, то головку, захваченную ладонями за височно-щечные области

Препятствие
преждевременному
разгибанию головки



Уменьшение
напряжения промежности



Высвобождение
переднего плечика




Высвобождение
заднего плечика





ВЕДЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

- III период родов ведет врач. В последовом периоде нельзя пальпировать матку, чтобы не нарушить естественный ход последовых схваток и правильное отделение плаценты (принцип «руки прочь от последовой матки»). В этот период уделяют внимание новорожденному, общему состоянию роженицы и признакам отделения плаценты.
- 



Принципы ведения последового периода:

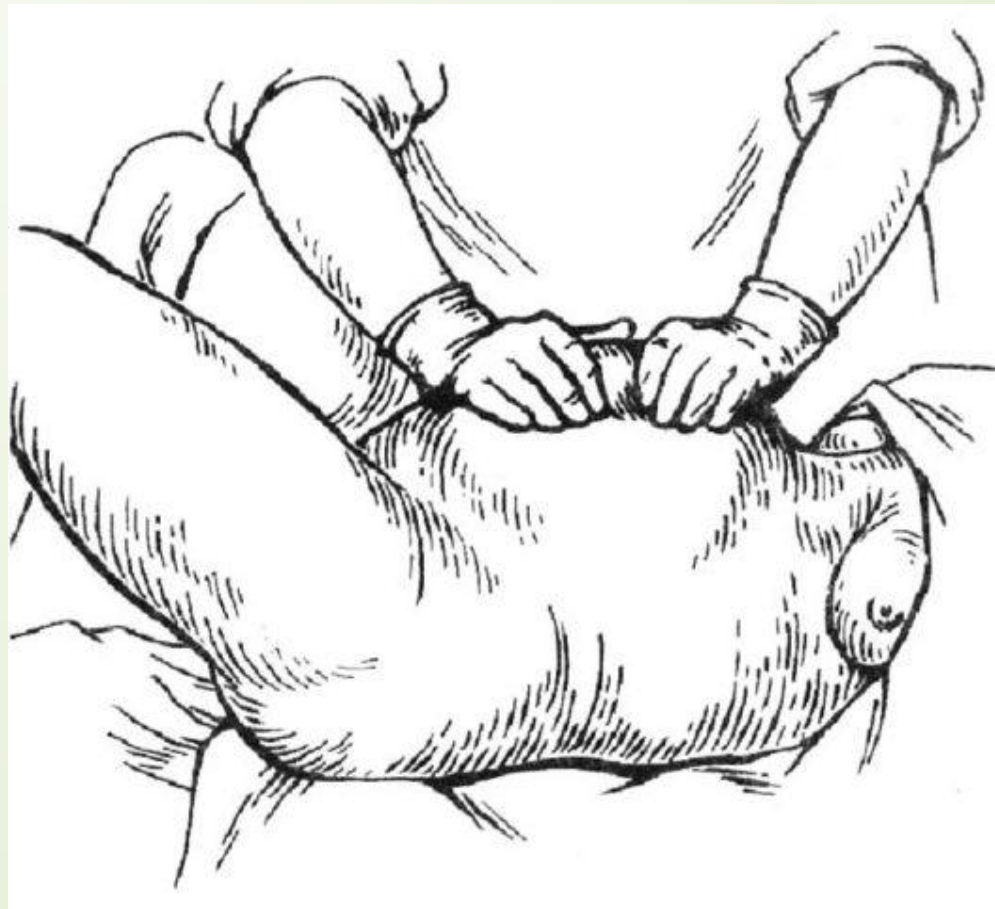
Принципы ведения последового периода:

- опорожнение мочевого пузыря сразу после рождения плода;
- контроль гемодинамических параметров матери;
- контроль кровопотери;
- при нормальном течении родов после рождения плода любое механическое воздействие на матку (пальпация, давление) до появления признаков отделения плаценты запрещается.

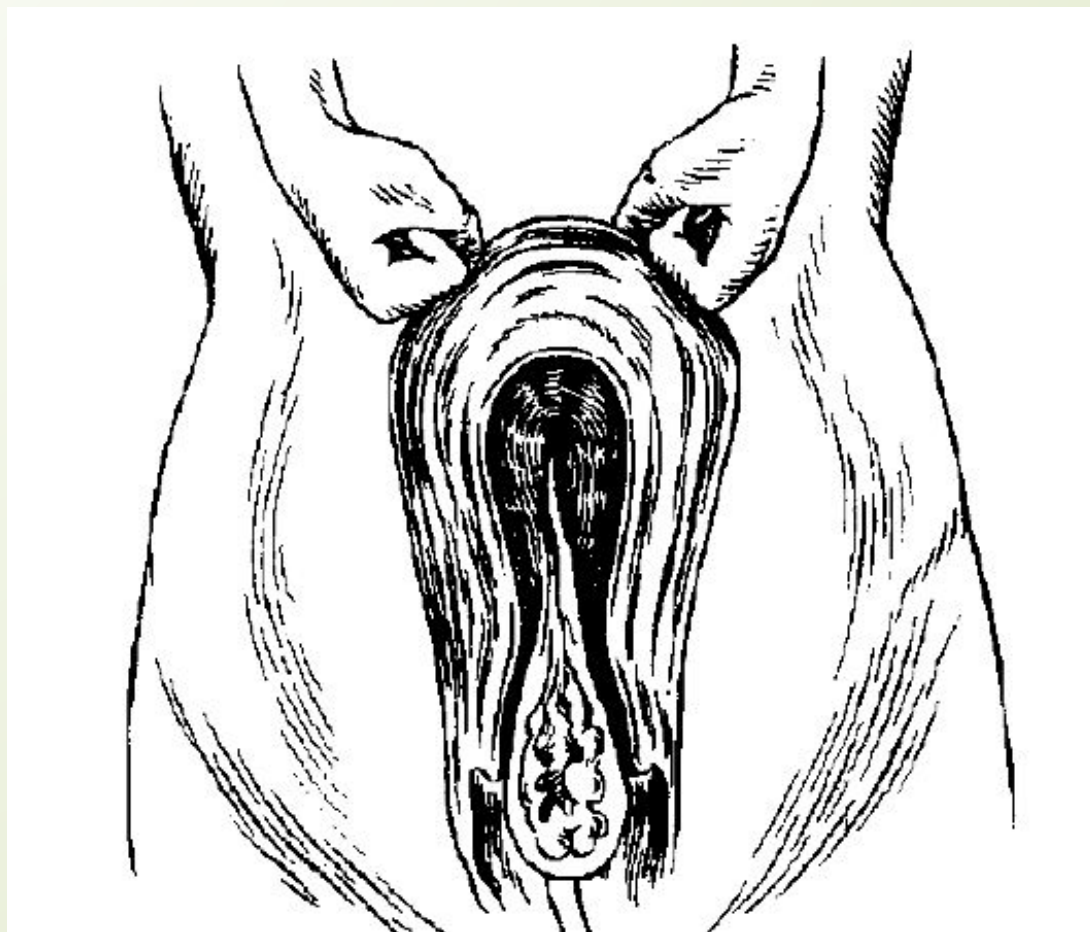
Если после появления признаков отделения последа не происходит его самостоятельное рождение, то для уменьшения кровопотери могут использоваться приемы выделения последа.

□ Приемы выделения отделившегося последа.

- 1. Прием Абуладзе - потуживание при захватывании передней брюшной стенки.



- 2. Прием Гентера - давление от дна по ребрам матки книзу и внутрь (в настоящее время не применяется).



3. Прием Креде-Лазаревича - выжимание последа после обхвата дна ладонной поверхностью руки.






Кровопотеря в родах

В процессе родов женщина теряет в среднем 300-500 мл крови. Данный показатель может варьировать. У здоровой женщины такая кровопотеря не имеет никаких клинических последствий, поскольку не превышает прироста объема крови за время беременности.

- **Физиологическая кровопотеря составляет 0,5% массы тела (максимальная кровопотеря - не более 400 мл).**



Осмотр последа и мягких родовых путей

- При осмотре оболочек определяют их целостность, расположение.
- Кровопотерю во время родов определяют путем измерения массы крови в градуированных сосудах и взвешивания промокших салфеток.

Структура акушерского диагноза

- Факт беременности, срок беременности.
- Сведения о положении, предлежании, позиции и виде плода.
- Период родов.
- Целостность или отсутствие плодного пузыря (преждевременное - до начала родовой деятельности или ранее - до начала активной фазы излитие вод).
- Выявленные осложнения беременности.
- Соматическая патология, генитальная патология с указанием степени ее выраженности. Отмечается наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.
- Состояние плода (СЗРП, крупный плод, гипоксия плода, внутриутробное инфицирование плода).